ITEM 305 : TUMEUR DE L'ŒSOPHAGE

Fiche réalisée en priorisant les informations et rangs de la fiche LiSA > Collège d'HGE > Collège de cancérologie
Nombreux paragraphes rang A/B en cancéro laissé rang C car semblant hors programme de la nouvelle réforme et étant non présents en HGE qui est le rédacteur principal

- Tumeurs presque toujours malignes, 4e cancer digestif, prédominance **masculine** H/F= 3 et environ 5500 cas/an
- incidence relativement **stable** mais forte ↗ des adénocarcinomes (ADK) et ↘ des carcinomes épidermoïdes (CE)
- 6e cause de mortalité par cancer, de **mauvais pronostic** = **15 %** de survie à 5 ans

FDR	**ADK** 50%	= dégénérescence muqueuse glandulaire métaplasique de la partie inférieure de l'œsophage - **RGO +++** - Tabac - Terrain : âge > 50 ans**, obésité, diabète de type II,** sexe masculin, régime pauvre en fruit et légumes - Lésion précancéreuse : **endo-brachy-œsophage (EBO)** → 1 à 5% de progression vers un ADK	
	CE 50%	= dégénérescence muqueuse malpighienne - **Alcoolo-tabagisme +++** > 90% des cas - **Boissons chaudes**, **régime pauvre en fruits et légumes** - **Stase alimentaire (diverticule, trouble moteur œsophagien)** - Lésions précancéreuses : **Œsophagite caustique, syndrome de Plummer-Vinson** (femme ++, glossite + anémie microcytaire hypochrome + koïlonychie), **radiothérapie médiastinale, achalasie = méga-œsophage idiopathique, diverticule de Zenker, tylose, sclérodermie**	
Diagnostic	**EBO**	= **Métaplasie de Barret** = métaplasie de la muqueuse œsophagienne malpighienne épidermoïde par une muqueuse intestinale ou gastrique (couleur saumon, cellules caliciformes) : conséquence d'un **RGO** - Se développe chez **10 à 20%** des patient avec un **RGO chronique**	
		Classification de Prague	- **C** : hauteur de l'atteinte circonférentielle (par rapport à la jonction oeso-gastrique) - **M** : hauteur maximale de l'atteinte (languettes)
		Surveillance endoscopique	= **Biopsies systématiques étagées** (4 tous les 1-2 cm) + **biopsies ciblées** - En l'absence de dysplasie : tous les 2 à 5 ans - Tous les **5 ans** si EBO < **3 cm** - Tous les **3 ans** si EBO = **3 à 6 cm** - Tous les **2 ans** si EBO > **6 cm** - **Dysplasie de bas grade** : - **Contrôle endoscopique** à 2 mois après **IPP** double dose - Si persistante : **traitement endoscopique** - **Dysplasie de haut grade** = **cancer *in situ*** : confirmée sur 2 prélèvements par 2 anatomo-pathologistes → **traitement endoscopique**
	SF	- **Asymptomatique** dans la majorité des cas à un stade précoce : découverte fortuite ou dépistage - **Dysphagie** (dans > 90% des cas) **:** progressive, élective pour les solides puis non élective, jusqu'à **l'aphagie** (classification selon Atkinson) - **Amaigrissement** : parfois majeur - **Dysphonie** avec fausses routes : envahissement ou compression du nerf récurrent - **Toux productive après la déglutition** : fistule œsotrachéale - **Dyspnée :** . Par compression trachéale : dyspnée inspiratoire . Par envahissement du nerf phrénique - Autres : **douleurs thoraciques ou dorsales, anémie, syndrome cave supérieur**	
	SC	- Etat général, dénutrition, IMC, affection associée (tabac/alcool : CV, abdo, ORL et pulmonaire) - Extension tumorale : **palpation des aires ganglionnaires sus-claviculaires (Troisier) et cervicales**, palpation abdominale, percussion/auscultation pulmonaire (épanchement pleural)	
	PC	**EOGD**	= Systématique devant toute dysphagie chez l'adulte, à répéter si négative ; ou dans le cadre de la surveillance d'un EBO ou dépistage chez sujet OH+tabac - Patient à jeun, sous AL ou AG - Diagnostic : visualisation de la tumeur, **biopsies** > 8 pour anapath, 2nd localisation, **franchissable** par l'endoscope ou non (svt ≥ T3 si non) - Coloration : **Lugol** (CE), **bleu de toluidine** (ADK) → **Distance par rapport aux arcades dentaires** : **œsophage cervical** < **19 cm**, puis **œsophage thoracique** = 1/3 supérieur < **25 cm**, 1/3 moyen < **32 cm** et 1/3 inférieur < **40 cm**

<table>
<tr><td rowspan="3">Bilan préthérapeutique</td><td>Bilan d'extension</td><td colspan="4">- TDM TAP inj systématique + cervical si 1/3 sup : Métas viscérales, ADP, atteintes médiastinales
- En l'absence de métas ou d'envahissement trachéal : - Echo-endo œsophagienne (profondeur, ADP)
- PET-scan (pour carcinome épidermoïde)
- Si carcinome épidermoïde : examen ORL avec laryngoscopie (cancer ORL synchrone ??) et bronchoscopie (cancer bronchique synchrone ?)
- Echo-endoscopie à haute fréquence si tumeur superficielle avec indication de traitement endoscopique</td></tr>
<tr><td>Autre</td><td colspan="4">- Bilan nutritionnel (IMC, albuminémie), NFS, plaquette, bilan hépatique complet, créat, ECG, EFR</td></tr>
<tr><td colspan="5">➞ Plus de 50% des patients ont une contre-indication à la résection chirurgicale (extension ou comorbidité)</td></tr>
<tr><td>Stade</td><td>TNM</td><td>T1a = muqueux
T1b = sous-muqueuse
T2 = musculeuse
T3 = adventice
T4 = structures adjacentes</td><td>N0 : aucune ADP
N1 : 1-2 ADP
N2 : 3-6 ADP
N3 : ≥ 7 ADP
ADP régionales uniquement</td><td>M1 : si MT à distance
➞ Dont : ADP cœliaque, sus-claviculaires et lombo-aortiques, et ADP cervicale si cancer de l'œsophage thoracique</td><td>- Stade 0 = Tis
- Stade I = T1
- Stade IIA = T2-T3N0
- Stade IIB = T1-T2 N1
- Stade III = T3N1, tous T4
- Stade IV = tous M1</td></tr>
<tr><td rowspan="11">Prise en charge curative</td><td>PEC endoscopique</td><td colspan="4">= Résection du plan muqueux : mucosectomie
- Indication : tumeurs superficielles (Tis ou T1-m1 < 3 cm) après bilan complet et écho-endoscopie
- Complété si lésion invasive : chirurgie si patient opérable, radiochimiothérapie si non opérable</td></tr>
<tr><td>Traitement néo-adjuvant</td><td colspan="4">= Radiothérapie (41,4-50,4 Gy en 5 semaines) + chimiothérapie (5-FU + cisplatine ou oxaliplatine) concomitante :
- Recommandée si stade ≥ 2 (T3 ou N1)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Traitement chirurgical</td><td colspan="4">= Œsophagectomie trans-hiatale ou selon Lewis-Santy avec curage médiastinal et coronaire stomachique (emportant ≥ 6 ganglions) et plastie gastrique
- Geste chirurgical lourd, nécessitant une double voie d'abord abdominale et thoracique gauche</td></tr>
<tr><td>Contre-indication relative</td><td colspan="3">- OMS 2
- Perte de poids > 15%
- Artériopathie sévère
- Comorbidités</td></tr>
<tr><td>Contre-indication absolue</td><td colspan="3">- Comorbidité : insuffisance respiratoire, IRC, cirrhose décompensée, IDM < 6 mois
- OMS 3 ou 4
- Perte de poids > 20%</td></tr>
<tr><td>Non résécabilité</td><td colspan="3">- Envahissement trachéo-bronchique, récurrent, aortique ou du corps vertébral
- Diamètre > 4 cm dans le médiastin
- Métastases viscérales ou ADP à distance</td></tr>
<tr><td>PEC nutritionnelle</td><td colspan="4">- Alimentation complémentaire (établi avec diététicienne) : repas enrichi, aliments mixés
- Si besoin : alimentation entérale (SNG ou gastrostomie)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Indications</td><td>Stade I</td><td colspan="3">- Privilégier le traitement endoscopique
- Résection chirurgicale si échec/récidive ou envahissement plus important que prévu</td></tr>
<tr><td>Stade II</td><td colspan="3">- Chirurgie systématiquement envisagée
- Chimiothérapie ou radiochimiothérapie néoadjuvante</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Stade III</td><td>CE</td><td colspan="2">- Radiochimiothérapie de 1ère intention (néo-adjuvante ou exclusive)
- Chirurgie programmée si résécable ou chirurgie de rattrapage si persistance tumorale après radiochimiothérapie ou récidive précoce</td></tr>
<tr><td>ADK</td><td colspan="2">= 2 alternatives : - Chirurgie avec chimiothérapie néo-adjuvante
- Radiochimiothérapie de 1ère intention</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Surveillance</td><td colspan="4">Au moindre doute : TEP, scintigraphie osseuse, imagerie cérébrale selon la clinique</td></tr>
<tr><td>Après chirurgie</td><td colspan="3">- Examen clinique et TDM thoraco-abdominal tous les 6 mois pendant 5 ans
- Examen ORL annuel pour les CE
- Fibroscopie digestive à 2 ans
- Dosage possible des marqueurs tumoraux pour le suivi (attention aucune place pour le diagnostic initial) : SCC pour CE, ACE et CA 19-9 pour ADK</td></tr>
</table>

PEC palliatif	Traitement sympto	- **Dysphagie** importante : **endoprothèse œsophagienne auto-expansible** ou **gastrostomie** - **Fistule œso-bronchique** : **stent œsophagien couvert** ± **prothèse trachéo-bronchique** en urgence ➞ Une fistule oeso-bronchique contre-indique un transit baryté, mais ne contre-indique pas l'endoscopie ou l'écho-endoscopie
	Traitement adjuvant	- Si état général conservé (OMS < 2) : envisager une **chimiothérapie ± radiothérapie palliative** ➞ En cas de tumeur de la jonction oeso-gastrique : rechercher une **surexpression HER2**